

	<b>FORMATO PARA ORDEN MÉDICA</b>	Código: FR1079 Versión: 01 Fecha: 28/11/2018 Página 1 de 1				
<b>LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA</b> DIRECCIÓN: Carrera 27 # 30 - 15    TELÉFONO: 6343536 NIT: 900240018-6    CIUDAD: Bucaramanga						
FECHA: _____ Paciente: _____ Documento de identificación: _____ Empresa/Aseguradora: _____						
Hospitalario <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> N° Historia Clínica: _____ Edad: _____    Cama: _____						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 5%;">#</th> <th style="width: 70%;">Observaciones</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: top;">1</td> <td style="height: 100px;"></td> </tr> </table>	#	Observaciones	1			
#	Observaciones					
1						
* Aplica solicitud para terapia, turno quirúrgico, laboratorio Clínico, estudios imagenológicos, intervenciones.						
Nombre del Médico: _____    Registro Médico: _____ Tipo de afiliación: Contributivo; Subsidado; Particular; Otro						
Elaboró: Uliana Carolina Anaya Tafur, Gestora Médica de Calidad    Revisó: Uliana Patricia Gómez Rosameir, Coordinadora de Área Asistencial    Aprobó: María Ugaldo Pulido Lemus, Coordinadora de Gestión de Calidad    Estado: V						